

平成 年 月 日

＜圏域名＞
 糖尿病地域連携計画事務局 御中

医療機関名 _____
 代表者名 _____
 所在地 _____

印

「糖尿病地域連携の登録医療機関」への登録届

「糖尿病地域連携の登録医療機関」への登録を希望するため、下記のとおり届け出ます。

記

登録を希望する項目			
かかりつけ医 ☐	専 門 医 ☐	かかりつけ科医 ☐ かかりつけ歯科医 ☐	その他 (□をつけてください) 皮膚科・整形外科・透析その他 ()

※東京都医療機関案内サービス「ひまわり」の「糖尿病関連項目」の登録内容を確認の上、区分にチェックを入れてください。
 かかりつけ医：(1)外来診療の02及び05のいずれにも該当
 専 門 医：(1)外来診療の02から07まで、(3)患者教育の01のすべてに該当

登録要件の確認		チェック欄 (×)
1	東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に医療機能情報を掲載している	
2	「糖尿病治療のエッセンス」（日本糖尿病対策推進会議）に即した診療を行っている	
3	「医療連携の紹介・逆紹介のポイント」を踏まえた連携に取り組む	
4	「糖尿病地域連携の登録医療機関」の役割を担い、次の①、②いずれかを満たす意思がある ① 地域で活用されている、糖尿病地域連携手帳やクリティカルパス、又は診療情報提供書など、連携のためのツールを使用する。 ② 各地域で医師会、歯科医師会が実施する勉強会などへ参加する。	
5	連携の実績（糖尿病治療実績、勉強会への参加状況等）の報告を行う	

担当者	所属	TEL	FAX
氏名		Mail	

※この届出により登録された医療機関は、東京都福祉保健局のホームページ等で広く公表します。

登録後の公表について

○「糖尿病地域連携の登録医療機関」に登録された医療機関は、東京都福祉保健局のホームページ等で公表します。



東京都福祉保健局 糖尿病地域連携の登録医療機関について

地域の「糖尿病地域連携の登録医療機関」（平成26年〇月現在）

健康診断等で糖尿病が疑われた場合、まずは地域のかかりつけ医にご相談ください。

区市町村ごとにリストを掲載しております。お近くの区市町村のリストをクリックしてご覧ください。

＜公表する情報＞

- ◆ 医療機関名
- ◆ 住所
- ◆ 電話番号

※ 今回の公表にあたっては、登録をしている項目（「かかりつけ医」「専門医」「かかりつけ眼科医」「かかりつけ歯科医」「その他」）は掲載いたしません。

（公表イメージ）

糖尿病地域連携の登録医療機関 圏域リスト

圏域名:

◆ 内科医療機関

	医療機関名	住 所	電話番号
1	〇〇クリニック	千代田区〇〇	03-
2	●●医院	千代田区●●	03-
3	××病院	千代田区××	03-
4	△△診療所	千代田区△△	03-
5	...		
6	...		
7	...		
8	...		
9	...		
10	...		

◆ 歯科医療機関

	医療機関名	住 所	電話番号
1	◎◎歯科医院	千代田区◎◎	03-
2	▽▽デンタルクリニック	千代田区▽▽	03-
3	...		
4	...		
5	...		
6	...		
7	...		
8	...		
9	...		
10	...		

実績報告について

○登録後、連携の実績をご報告いただきます。

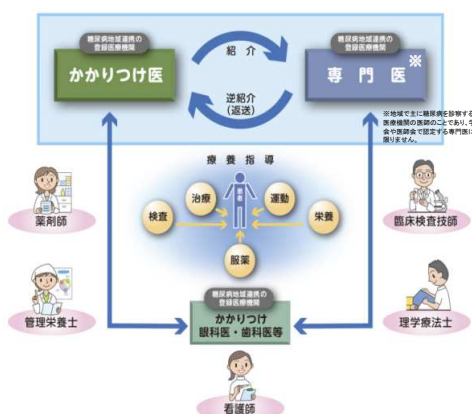
＜報告する内容＞

- ◆ 糖尿病医療連携実績について
※連携件数ではなく、連携の有無のみのご報告です。
- ◆ 勉強会への参加状況
※参加の有無のご報告です。

※ 簡単に記載できる様式にしております。
毎年のご提出をお願いします。

糖尿病医療連携のイメージ

○糖尿病は、重症化・合併症予防のために、内科・眼科・歯科等の各診療科の連携が大切です。
糖尿病地域連携の登録医療機関として、ぜひ、地域での糖尿病医療連携を進めてください。



- ◆ 東京都における糖尿病医療連携の取組については、東京都ホームページをご覧ください。

東京都 糖尿病医療連携

検索

